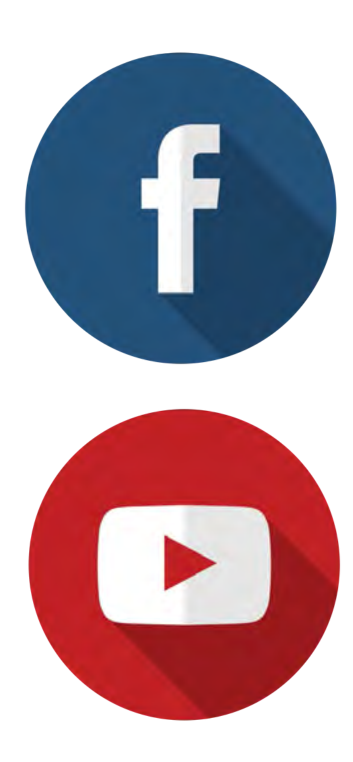
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.





LE CANCER BRONCHIQUE

INTRODUCTION

Définition et gènéralités:

- Cancer bronchique: ensemble des tumeurs malignes primitives .
- L'un des 1er cancers chez l'homme
- Pronostic sévère
- Diagnostic tardif
- Age médian:60 ans
- Facteur de risque principal: tabac

EPIDEMIOLOGIE

Fréquence

1/ Augmentation absolue

Extraordinaire accroissement de la fréquence des tumeurs broncho-pulmonaires dans le monde due à conjonction de facteurs:

- accroissement de la longévité
- tabagisme
- pollution atmosphérique
- environnement professionnel (chimio professionnel

EPIDEMIOLOGIE

2/ Augmentation relative

- Véritable épidémie de 1945-1980 dans les pays occidentaux
- A partir de1985 :baisse du taux de cancer bronchique dans certains pays (USA,RU)
- progression dans les pays en développement :
- l'incidence chez l'homme à Alger est passé de 10,5/ 100 000 en 1992 à 86/ 100 000 habitants en 2005
- Prédominance du cancer bronchique : chez homme aprés 40 ans

FACTEURS ETIOLOGIQUES

1/ Le tabac

- Le rôle du tabac est certain, la cigarette est plus nocive que le cigare ou la pipe, C'est le 3-4 Benzopyréne qui est le plus nocif
- La dose seuil variable selon les sujets semble être en moyenne de 200 000 cigarettes/vie (200 kg/vie)
- Le tabagisme est évalué en nombre de cigarettes par jour durant le nombre d'années de fumage

FACTEURS ETIOLOGIQUES

- **Les facteurs professionnels :**

  - les radiations ionisantes

  - les substances minérales :

  -l'amiante, le chrome,

  -le fer, l'arsenic, le nickel

  - les substances organiques :

  le vinyl, le chlorure de polyvynil, les hydrocarbures polycycliques

CLINIQUE

- Circonstances de découverte variées
- Motif de consultation:
  - signes fonctionnels respiratoires
  - fonction du siége de la tumeur
- Deux grandes formes de cancer:
  - cancer des grosses bronches
  - cancer bronchiolaire

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

A/ Le cancer des grosses bronches

1. Tableau d'irritation bronchique:

Aspect Rx :

- normal 1/3
- aspect de « gros hile »
- opacité hilaire, avec prolongements hilifuges

Devant un tel tableau la fibroscopie s'impose

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

- **2/Tableau d'obstruction bronchique**

Aspect Rx:

emphysème obstructif très rare,

-atélectasie

Devant ces signes d'obstruction bronchique,un geste s'impose : la fibroscopie bronchique

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

3/Tableau trompeur d'infection pulmonaire ou d'épanchement pleural

- D'où la règle: rechercher un cancer bronchique chez un sujet de plus de 40 ans présentant une pneumopathie, une suppuration pulmonaire ou un épanchement pleural

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

B/ Le cancer bronchiolaire ou distal

1. Cancer bronchiolaire juxta hilaire

- Les signes cliniques:

  -Même symptomatologie que le cancer des grosses bronches,

- Les signes radiologiques:

  -Image de gros hile

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

2/Cancer bronchiolaire distal

- les signes radiologiques :
  - Souvent de découverte radiologique systématique,
  - Parfois opacité arrondie avec des prolongements rameux en pattes de crabe

CLINIQUE: TABLEAUX RADIO CLINIQUES

3.Cancer bronchiolaire excavé

- Signes cliniques:
  - Pas de vomique franche
- Signes radiologiques:
  - Opacité ronde avec cavité anfractueuse
- Quelque soit le tableau radio-clinique: fibro-aspiration bronchique

EVOLUTION

- La propagation locorégionale
- Les métastases à distance
- L'infection profonde

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

FORMES CLINIQUES

1/ Formes topographiques

- Cancer de l'apex
- Cancer de la base

2/ Formes associées

- Tuberculose pulmonaire
- Pneumoconiose

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

FORMES CLINIQUES

3/Formes symptomatiques

- Syndromes paranéoplasiques
  - L'ostéopathie hypertrophique de Pierre Marie Bamberger
  - Syndrome cutané :
  - Syndrome endocrinien : maladie de Cushing, maladie de Basedow,
  - Syndrome hématologique

FORME PARTICULIERE: ☹ Cancer bronchiqueà petites cellules (CPC)

- Fréquence des syndromes paranéoplasique
- Extension thoracique
  syndrome cave supérieur
  dysphonie
  - adénopathies
- Localisations métastatiques
- Topographie : médiastino-pulmonaire

DIAGNOSTIC

- La fibroscopie bronchique est l'examen clé du diagnostic, elle permet l'exploration de l'arbre bronchique.
- La topographie du cancer broncho-pulmonaire permet de distinguer deux grands types de cancer bronchique

DIAGNOSTIC

- le cancer proximal visible à l’examen endoscopique :

Les aspects macroscopiques son[redacted] :

des végétations,une infiltration provoquant une sténose, un gros bourgeon endoluminal, une compression

- le cancer distal ou périphérique non visualisé à l’examen endoscopique

PRELEVEMENTS

- Cancer proximal

  biopsie bronchique /à cheval sur zone néoplasique et tissu sain et sur l'éperon bronchique sus jacent

- Cancer distal

  aspiration bronchique, brossages et lavage bronchiolo-alvéolaire

  Biopsie transthoracique

ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Classification de l'OMS de 1999
- Ces formes sont au nombre de quatre et représentent plus de 90 % de l'ensemble des cancers pulmonaires :
- carcinome épidermoïde,
- carcinome à petits cellules
- adénocarcinome
- et carcinome à grandes cellules.

1/CLASSIFICATION

Deux grands groupes

- les cancers à petites cellules (CPC)25%
- cancers bronchiques non à petites (CBNPC) 75%

  -carcinome èpidermoide,

  -adénocarcinome

  -carcinome à grandes cellules

2 / DEUX GRANDS GROUPES

- Cette séparation en deux grands groupes se justifie par une approche thérapeutique radicalement différente, centrée sur la chirurgie lorsqu'elle est possible dans le cas des (CBNPC) et sur la chimiothérapie dans le cas des (CPC)

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

1/Bilan general

0	Normal, pas de plaintes, pas de symptômes évidents de la maladie
1	Symptômes mais peut avoir des activités normales
2	Malade mais reste au lit moins de 50% du temps
3	Malade, reste au lit plus de 50% du temps
4	Malade reste toute la journée alité

2 / recherche de métastases à distance

- La recherche des métastases sera orientée par des signes d'appel à l'exception :
- de la tomodensitométrie cérébrale devant un adénocarcinome ou un carcinome à petites cellules
- et de l'échographie abdominale qui

  est un examen systématique dans le bilan pré thérapeutique du cancer bronchique.

3 / Classification du CBNPC / TNM

Stades	TNM
StadeIA StadeIB	T1N0 MO T2N0MO
StadeIIA StadeIIB	T1N1M0 T2N1M0 T3N0MO
StadeIIIA	T3N1M0 Tout N2 Mo
Stade IIIB	Tout N3 M0 Tout T4 M0
Stade IV	Tout M1

4/CLASSIFICATION CPC

1. CPC localisé

-Tumeur thoracique associée à : -des adénopathies sus claviculaires -et/ou à des adénopathies médiastinales

2. CPC disséminé :

- Tumeur thoracique avec atteinte pleurale

-Tumeur thoracique avec atteinte métastatique

5/. Bilan fonctionnel

- Si un traitement chirurgical est décidé, un bilan d'opérabilité est entrepris.
- Ce bilan comprend une EFR avec évaluation prédictive du VEMS post opératoire
- Un électrocardiogramme et une échocardiographie
- la recherche de tares associées.

CONFRENTATION PLURIDISCIPLINAIRE

- Le diagnostic d'un cancer bronchique est établi sur des critères cliniques, d'imagerie, de morphologie histologique et parfois sur des résultats d'immunohistochimie d'où l'importance de la **confrontation pluridisciplinaire** autour de chaque cas.

TRAITEMENT

- Le traitement est totalement différent dans le CBNPC et le CPC.
- Dans le CBNPC le traitement de choix est la chirurgie
- Dans le CPC, le traitement est basé sur la chimiothérapie et la radiothérapie

A/ CANCER BRONCHIQUE NON A PETITES CELLULES

1/ Chirurgie

- La chirurgie est le traitement le plus efficace du cancer bronchique.
- Les cancers localisés, accessibles à une exérèse carcinologiquement satisfaisante, ne représente que 20 ou 25% des cas
- Les stades I et II affirmés sur les données de l'imagerie bénéficieront d'une chirurgie d'exérèse d'emblée en l'absence de contre indications générales ou fonctionnelles.

CANCER BRONCHIQUE NON A PETITES CELLULES

2/ Radiothérapie

- Pour un cancer bronchique, le dosage de la radiothérapie délivré est le plus souvent de 60Gy en 30 fractions de 2Gy ou 24 fractions de 2,5 Gy en 6 semaines.

3/ Chimiothérapie

- La chimiothérapie dans le cancer bronchique est un fait actuellement acquis. Dans les stades avancés : stade III B et IV la chimiothérapie améliore la qualité

CANCER BRONCHIQUE NON A PETITES CELLULES

- L'association séquentielle comportant deux à trois cycles de chimiothérapie précédant une radiothérapie doit être considérée comme un traitement standard chez des patients présentant un bon état général, et un cancer de stade III à priori non resècable mais la radiothérapie peut être parfois concomitante à la chimiothérapie.

B/ CANCER BRONCHIQUE A PETITES CELLULES

1/chirurgie

- C’est une arme inhabituelle dans le CPC

2/ chimiothérapie

- Le CPC est par définition le cancer bronchique chimiosensible par exellence

3/radiothérapie

- Elle vient actuellement s’associer à la chimiothérapie. Elle peut être séquentielle, alternée ou concomitante.

SOINS PALLIATIFS

1/ Traitement de la douleur

Les modalités du traitement de la douleur cancéreuse ont été systématisées par l'échelle de l'OMS qui comporte 3 paliers.

1er palier : antalgiques non opioïdes

- Aspirine= 250 à 500mg toutes les 4 à 6 heures
- Paracétamol= 500 à 3000mg/ 4 à 6 heures, seul ou en association

SOINS PALLIATIFS

2eme palier : opioïdes faibles

- Dihydrocodeine +/- paracétamol =codoliprane- codéine dafalgan-
- Efferalgan codéine 30 à 150mg de codeine en association avec 250mg à 500mg de paracetamol

SOINS PALLIATIFS

3eme palier : opioïdes forts :

- Buprénorphine= temgésic sublinguale
- Morphine

Voie orale

Forme à libération immédiate

Forme à libération prolongée

SOINS PALLIATIFS

2/ Traitement symptomatique

- Le traitement symptomatique souvent associé est la corticothérapie

3/Accompagnement

- Intégrer une écoute, et un soutien spécifique, faciliter les visites, les sorties et le retour au domicile.

4/. Nursing

PRONOSTIC

- La rapidité d'évolution d'une tumeur est extrêmement variable mais pour une tumeur donnée, elle est fonction du temps de dédoublement.
  La phase infra clinique du cancer bronchique correspond aux deux tiers environ de l'évolution totale
- Que l'évolution soit lente ou rapide le pronostic du cancer bronchique est souvent effroyable
- 5% de survie à 5 ans

PREVENTION

Meilleure prévention:

- **Lutte antitabagique:**

- **Individuelle:**

conseil d'arret du tabac

sevrage tabagique en consultation anti-tabac

-collective:

programme nationaux de lutte antitabac